

Фомин С.А.

**ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСТРОГО
АППЕНДИЦИТА**

*Ярославская государственная медицинская академия,
кафедра факультетской хирургии
Зав. кафедрой: профессор А.А. Чумаков
Научный руководитель: профессор А.А. Чумаков*

С целью уменьшения косметических дефектов и снижения травматичности операции мы применяем разработанный нами косой параректальный мини-доступ при операциях по поводу острого аппендицита (приоритет № 2007136713/14(040142) от 03.10.2007., положительное решение от 19.08.2008.) в соответствии с принципами максимальная доступность и минимальная инвазивность. Операции мы выполняли пациентам, поступившим в хирургическое отделение с явной клинической картиной острого аппендицита. Давность заболевания не превышала 24 часов. Выбором метода анестезиологического пособия при аппендэктомии являлась тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией лёгких и ингаляционная низкочастотная анестезия (anesthesia low flow). Эти варианты наркоза позволяли обеспечить управляемость, безопасность, адекватность и комфортность анестезии.

Техника выполнения мини-доступа состоит в следующем: больной во время операции лежит на спине горизонтально. Хирург располагается справа, ассистент слева от больного. Ориентир направления разреза – точка Мак Бурнея, расположенная между наружной и средней третью линии, соединяющий пупок с правой передней верхней остью подвздошной кости. Разрез передней брюшной стенки начинается от linea biliosa или на 1-2 сантиметра ниже, параллельно паховой связке к правому латеральному краю прямой мышцы живота, длиной 3-5 сантиметров в зависимости от телосложения и индекса массы тела. Остро рассекается кожа, подкожная клетчатка и апоневроз наружной косой мышцы живота по ходу апоневротических волокон, от границы окончания мышечных волокон с переходом на переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Влагалище прямой мышцы живота полностью не вскрывается. Разрез апоневроза наружной косой мышцы живота по длине больше кожного разреза на 2-4 сантиметра. Внутренняя косая мышца живота и поперечная мышца живота тупо раздвигаются или рассекаются на границе перехода мышечных волокон внутренней косой мышцы живота в апоневротические в непосредственной близости от латерального края влагалища прямой мышцы живота (Спигелева линия). Мышцы растягиваются крючками по длине кожной раны. При необходимости расширения доступа дополнительно рассекается апоневроз наружной косой мышцы живота, мышечные волокна раздвигаются тупо. Внутренняя косая мышца рассекается вдоль Спигелевой линии.

Брюшину захватывают двумя зажимами, поднимают в виде конуса и рассекают ножницами на небольшом протяжении. Рану тампонируют марлевыми салфетками, к которым зажимами Микулича фиксируют края брюшины. Собственно аппендэктомия выполняется традиционно, культя отростка

обрабатывается лигатурно-инвагинационным способом с наложением кисетного и Z-образного швов. Размеры раны при мини-доступе достаточны для выполнения аппендэктомии, проведения санации брюшной полости и при необходимости ревизии терминального отдела подвздошной кишки и органов малого таза.

Данный способ операции применяли у 187 больных с острым аппендицитом. Изучение результатов клинического применения предложенного способа операции указывает на снижение травматичности, уменьшение интенсивности боли в послеоперационном периоде и его можно рекомендовать для широкого применения в клинической практике.